

O-7-6

医療安全推進週間に実施したエラーの未然回避の現状調査報告

盛岡赤十字病院 医療安全推進室

○^{すぎむら}杉村 ^{あきこ}明子

【はじめに】A病院では、インシデント報告に患者影響レベル0の報告が少ない。そこで、医療安全推進週間にエラーの未然回避キャンペーン「患者影響レベル0がどのくらいあるのか。」を掲げ院内で影響レベル0がどれくらい発生しているのか調査した。【調査期間】2018年11月26日～30日。【調査対象】看護部・医事課・医療秘書課・健診部・医療技術部に勤務する職員。【調査方法】独自に作成したエラーの未然回避調査表を用いどんなエラーが発生し、そのエラーが未然回避できたときの理由と行動を調査した。【結果・考察】影響レベル0の発生件数については、0レベルの発生件数の総数は、5日間で366件であった。1日あたり、0レベルが73件発生していた。エラーを未然回避した理由については、注射薬・内服薬関連では同職種が気づいて防止できた。医療機器関連では同職種と他職種とのやりとりでエラーに気づいた。書類関連でも同職種が気づき未然回避されていた。エラーが未然回避できたときの行動については、「ダブルチェックした」「自分で2度確認した」「スタッフ間でコミュニケーションをとっているとき」に気づいたが多かった。エラーの未然回避にはこの3つの行動が有効である。自分で2度確認することも意図的に実施するとエラーをブロックできる。チーム医療を実践することでエラーの未然防止に繋がると考える。安全行動で少数だったのは、「復唱する」「指差し呼称する」である。これらの行動も職員ひとりひとりが意識して実施できるはずであり、院内全体で安全行動を実践することが重要である。【まとめ】エラーが未然に回避できたことを職員が認識し、行動することで安全な医療を提供できる。患者影響レベル0のインシデント報告を増やし、安全の基本行動を実施することでエラー防止になることを認識してもらうよう職員に働きかける。

O-7-8

転倒転落防止センサー使用法の統一

武蔵野赤十字病院 フローバー5階病棟 脳神経外科・神経内科

○^{うの}宇野 ^{のりよし}法義、田中 広実、中村 七歩、堤 美江

1はじめに 当院病棟は脳神経外科、神経難病の患者が多く、高次脳機能障害や認知症患者が多い。ナースコール（以下コール）が使用できない患者に転倒防止センサー（当院採用7種類12通り）を使用している。昼夜コール数も多い現状がある。使用間違いによる作動も発生している。またコールの多さにストレスを感じるスタッフも多い。現状から不必要なコールの見直しに取り組んだ。2調査内容 対策前後病棟コール数調査。前後（前29名後28名）ストレス調査。3前集計結果 コール総数2053件（患者以外がセンサー作動369件、センサー使用数94件）患者以外がセンサー作動を含む6/12項目でストレスを感じるが平均60.2% 4対策 1生活援助に関する対応（環境整備、排尿誘導、日程の打合せ） 2高次機能障害、認知症患者への対応（レクリエーションの参加） 3センサー使用方法と選択方法に関する対応（使用方法一覧表、選択フローシートの作成） 4センサーOFFに関する対応（医療者、面会者訪室時） 5後集計結果コール総数1729件（患者以外がセンサー作動286件、センサー使用数79件）患者以外がセンサー作動を含む6/12項目でストレスを感じるが平均61.5% 6考察 前集計から患者以外がセンサーを作動させた項目に注目した。対策12は基本的な生活援助の対応を徹底することで環境を改善できた。対策4はPTにも協力し改善できた。対策3はセンサー一覧表とフローシートを作成で経験値が浅いスタッフに対応が統一でき、センサー使用数も減少した。調査時の8月と10月の延べ患者を比較すると、患者数226から256名と増加し、ケア度の高い患者が58から106人と増加。対策後のスタッフのストレスは増加したが、ケア度が高い状況でのコール件数減少は、対策3が有効であった。今後も正しくセンサーが使用できるよう継続していきたい

O-7-10

安全・安心・安楽な看護に向けた身体拘束解除への取り組み

熊本赤十字病院 救命救急病棟

○^{やまぐちあきこ}山口亜希子、河崎あゆみ、鞭馬 美美、児玉 早希

はじめに：A病院は総合救命救急センターを持ち救急医療拠点病院としての役割がある。B病棟は病床数12床で3：1の看護体制をとっており、救急・集中医療どちらの看護も担っているという特徴がある。生命に直結するチューブ類挿入中の患者が多く、身体拘束（以下拘束とする）に対し葛藤しながら安全を優先し拘束を選択している現状にあった。しかし拘束が漫然と実施されている現状もあるのではないかと意見もあり、アンケートの結果を踏まえ、末梢静脈ラインとフィーディングチューブ挿入中患者に限定した特定の条件下で拘束を解除する取り組みを行った。方法：拘束についての勉強会を実施し、拘束解除カンファレンス（以下カンファレンスとする）導入前後にアンケート調査を行い、看護師の意識の変化をみた。取り組み期間：2018年6月～2018年9月 倫理的配慮：A病院倫理審査で承認された。結果・考察：カンファレンスを行った症例18例中、拘束を解除できたのは5例だった。カンファレンス実施により他スタッフの意見を聞くことで、自信をもって不要な身体拘束解除を行えるようになった。チューブを抜けない為ではなく、拘束をしない為にはどうすればよいのかという視点へスタッフの意識が変化し、早期離床や嚥下訓練の強化、患者の傍に付き添うなどの代替的なケアが増えた。不要な拘束回避ができればせん妄の予防や悪化・遷延の予防にも繋がり、不要な拘束減少への相乗効果が期待できる。今回の取り組みを行うことで拘束に対するスタッフの意識改革に繋がりが、拘束を回避できる為の代替的なケアの強化の意識も高まった。しかし、患者の状態はそれぞれであり、またその時々で変化するため、統一的なシステムの構築だけではなく、それぞれの患者の個別ケースを丁寧にアセスメントする必要性がある。

O-7-7

日本赤十字社 転倒・転落予防活動のための手引き書 各病院の活用に向けて

武蔵野赤十字病院 看護部¹⁾、高山赤十字病院 医療安全推進室²⁾、

京都第一赤十字病院 医療安全推進室³⁾、仙台赤十字病院 医療安全推進室⁴⁾、福岡赤十字病院 医療安全推進室⁵⁾、

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部⁶⁾、盛岡赤十字病院 薬品管理課⁷⁾、日本赤十字社 医療事業推進本部 病院支援部⁸⁾

○^{くろかわみちよ}黒川美知代¹⁾、西尾 優²⁾、中島 聡子³⁾、藤野 利子⁴⁾、佐藤 章子⁵⁾、阿部 雅美⁶⁾、佐々木栄一⁷⁾、高倉 雅子⁸⁾

【背景】日本赤十字社医療事業推進本部医療安全対策部会の転倒・転落予防ワーキンググループ（以下WG）は、2019年3月「転倒・転落予防 活動のための手引き書」（以下「手引き書」）を発行した。各病院での活用に向けて「手引き書」の作成意図および要点について説明する。【作成意図と要点】日本赤十字社では全施設で発生したインシデント件数を調査しており、転倒・転落の占める割合は全体の約17%である。中には3b以上の重度の傷害に至った事象も発生しており、時に患者・家族とのコンフリクトが生じる場合もある。転倒・転落予防の目的は3b以上の転倒・転落の低減であり、重大事故を防ぐには要因を多角的にとらえて取り組む必要がある。「手引き書」は、赤十字のグループメリットを活かして、各病院での転倒・転落予防活動の具体例を参考としながら、多職種による予防活動を推奨した。また、リスク評価の方法として赤十字版標準アセスメントを示し、従来のリスク項目の点数化はしない方法とした。リスクの総合点による対策ではなく、リスク要因に着目した対策の実施を重要視した。転倒・転落のリスク要因に対応した予防策を実施し、重大事故の低減に有効な対策を赤十字病院間で共有することがWGのねらいである。【まとめ】赤十字病院としての転倒・転落予防の基本的な考え方を示した「手引き書」初版が各病院で活用され、内容が精練されていくことを希望する。

O-7-9

内服薬自己管理判定基準の有用性の検討

大森赤十字病院 薬剤部¹⁾、大森赤十字病院 医療安全推進室²⁾

○^{たかだ}高田あゆみ¹⁾、大橋 啓子¹⁾、平岩 知子¹⁾、吉村 美樹²⁾、後藤 亨²⁾

【背景と目的】内服薬自己管理中の服薬間違いが報告されており、管理方法の判定基準の必要性が示唆されていた。そのため、判定基準（身体機能5項目、薬剤理解3項目）をすべて満たした患者のみを自己管理とし、それ以外は看護師管理とした内服薬自己管理マニュアルを2016年5月に策定した。入院患者の3割から4割が内服薬を自己管理しており、マニュアルの有用性を検討した。【方法】内服薬自己管理マニュアルの導入後3年間に報告された自己管理中の服薬間違い件数とその内容を調査し、自己管理が可能な患者の選択に有用か検討した。【結果】自己管理中の服薬間違いは、マニュアル導入後の1年間（以下、1年目）の45件から55件/2年目、29件/3年目と推移したが、中止薬回収漏れ等の医療者側の不備に起因する事例を除外すると、1年目に42件、2年目に33件、3年目に22件と減少傾向であった。3年間とも服薬タイミングの間違いが最も多く約半数を占めており（1年目20件：46%、2年目15件：45%、3年目9件：40%）、次いで服薬忘れが多く報告された（1年目10件：22%、2年目9件：16%、3年目5件：19%）。マニュアル導入後の3年間に発生した身体機能の判定項目に関する服薬間違いは3件（3.0%）であり、薬剤理解の項目に関する間違いは52件（53.6%）であった。【考察】マニュアルの定着化により、自己管理が可能な患者が適切に選択され、自己管理中の服薬間違いが減少している。中止薬の回収漏れや服用方法変更の伝達漏れがあり、マニュアル遵守により服薬間違いがさらに減少することが期待される。身体機能は適切に評価されているが、服薬タイミングを含めた薬剤理解については重点的に評価し、服薬忘れに注意すべきと考察する。【結語】内服薬自己管理マニュアルは自己管理が可能な患者の選択に有用である。

O-7-11

点滴ルート自己抜去の低減への取り組み

武蔵野赤十字病院 医療安全推進室

○^{もくだい}全代 ^{かおり}馨香、竹本 裕衣

【目的】自部署における2018年度の点滴ルート自己抜去（以下抜去）に関するインシデントレポートでは74歳以上の患者による抜去の件数が多いことから、74歳以上の患者の抜去を低減することを目的とした。【方法】1. 抜去に関する対応として1) 点滴ルートは寝衣の中を通す。2) 刺入部は患者から見えないようにチューブ包帯や伸縮性包帯で保護する。など具体的な方法を示した写真入りの点滴ルート自己抜去防止基準（以下基準）を作成する。2. 作成した基準はカンファレンスを利用して説明を行い、部署にある連絡事項を確認するファイルへ保管する。3. 自部署に入院する74歳以上の患者に対して基準を実施し、実施前2017年8月～2018年3月、実施後2018年8月～2019年3月の抜去件数を比較する。【結果】実施前の74歳以上の抜去件数は9件であり、実施後の74歳以上の抜去件数は9件で差はなかった。74～80歳の抜去件数は実施前6件から実施後1件へ減少した。【考察】今回作成した基準は写真入りであったことから、経験年数に関わらず、実施する防止策の方法が写真を見てすぐにわかった。作成した基準が実施できるよう意図や具体的な方法をカンファレンスで説明したことは、部署内のスタッフへ周知・徹底することに効果的であった。実施前のデータから74歳以上と適応基準を具体的に提示したことも実践しやすい要因であった。過去のインシデントレポートのデータに基づき対策を行ったことから74～80歳の抜去件数は5件減少した。しかし、81歳以上の抜去件数は増加しており、その他の年齢層の低減に向けた検討が必要になった。【今後の課題】基準使用後のデータを示し、自部署においてその他の年齢層の低減に向けた検討を行う。また院内においても抜去低減に向けた防止策として、今回の基準を示していく。